Original

Protocolo de estudio sobre condicionantes de desestabilización física y psicosocial en los mayores

Sergio Benabarre Ciria^{a,*}, Mariano Rodríguez Torrente^a, Javier Olivera Pueyo^b, Teófilo Lorente Aznar^a, Soledad Lorés Casanova^a, Carmelo Pelegrín Valero^b, José Galindo Ortiz de Landazuri^c y Juan Valles Noguero^c

^a Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria, Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS), Huesca, España

^b Servicio de Psiquiatría, Hospital San Jorge de Huesca, Servicio Aragonés de Salud (SALUD), Huesca, España

^c Servicio de Geriátrica, Hospital Provincial Sagrado Corazón de Jesús de Huesca, Servicio Aragonés de Salud (SALUD), Huesca, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 29 de diciembre de 2015

Aceptado el 9 de abril de 2016

On-line el xxx

Palabras clave:

Anciano frágil

Mortalidad

Medicina comunitaria

R E S U M E N

Objetivo: El principal objetivo del estudio es determinar los factores relacionados con la fragilidad y el desequilibrio de la estabilidad psicosocial en los mayores que residen en la comunidad.

Métodos: Estudio prospectivo multicéntrico sobre una muestra representativa de las personas mayores de 75 años que residen en la comunidad en la provincia de Huesca. Seguimiento a 5 años con evaluaciones periódicas semestrales. Entrevista individual estandarizada realizada por médicos de atención primaria entrenados para evaluar depresión, ansiedad, deterioro cognoscitivo, síntomas psicóticos, sarcopenia, red de apoyo social, dependencia para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, gravedad física, riesgo de dependencia y calidad de vida. Evaluación a los 2 y 5 años después para cuantificar acontecimientos adversos: institucionalización, dependencia funcional o mortalidad. Se valorarán posibles factores de riesgo: sexo, edad, situación social, situación funcional, situación psíquica y gravedad física. Se diseñarán modelos predictivos y de cuantificación del riesgo individual para definir finalmente las personas mayores con alta fragilidad psicosocial y riesgo de desestabilización.

Conclusiones: Conociendo los posibles factores de riesgo, sería posible definir al anciano con gran riesgo o mayor fragilidad psicosocial, y aplicarlo a actividades preventivas dirigidas a reducir la fragilidad y los acontecimientos adversos asociados (institucionalización, mortalidad, etc.).

© 2016 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/s/by-nc-nd/4.0/>).

Study protocol concerning the determining factors of physical and psychosocial destabilisation in the elderly

A B S T R A C T

Objective: The main objective of this study is to define the factors associated with frailty and psychosocial imbalance in elderly people who live in the community.

Methods: Multicentre prospective study with a representative sample of subjects older than 75 years who live in the community in the province of Huesca (Spain). 5-year follow-up with biannual assessment. Standardised individual assessment carried out by GPs trained to assess depression, anxiety, cognitive impairment, psychotic symptoms, sarcopenia, social network, dependence for basic and instrumental activities of daily living, physical severity, risk of dependence and quality of life. Further assessment two and five years later to quantify adverse events: institutionalisation, functional impairment or mortality. Possible risk factors will be assessed: gender, age, social status, functional status, mental status and physical severity. Predictive and individual risk models will be designed in order to identify elderly people with high psychosocial frailty and destabilisation risk.

Conclusions: An understanding of the possible risk factors would facilitate the identification of elderly subjects at greater risk of psychosocial frailty, thereby enabling preventive activities to be implemented aimed at reducing frailty and associated adverse events (institutionalisation, mortality, etc.).

© 2016 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Keywords:

Frail elderly

Mortality

Community medicine

Introducción

Uno de los mayores problemas de la población envejecida es la condición clínica de fragilidad, considerada como una consecuencia del deterioro debido a la edad y que puede llevar a la vulnerabilidad de sufrir cambios de salud repentinos por eventos estresantes

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sbenabarre@hotmail.com (S. Benabarre Ciria).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.04.010>

0213-9111/© 2016 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/s/by-nc-nd/4.0/>).

menores. Se estima que un cuarto de las personas mayores de 85 años son frágiles y presentan un mayor riesgo de caídas, discapacidad, necesidad de cuidados y muerte. En este sentido, ya en los años 1980, la idea de redefinir perfiles de salud y estado de fragilidad se convirtió en un objetivo común en la medicina geriátrica^{1,2}.

La fragilidad puede considerarse un estado dinámico que afecta a los individuos que experimentan pérdidas en uno o más dominios del funcionamiento humano (físico, psicológico o social). Estas pérdidas pueden deberse a numerosas variables que incrementan el riesgo y la vulnerabilidad de las personas mayores para presentar acontecimientos adversos, como caídas, delirio, hospitalización y muerte^{3,4}. La dependencia observada en las personas mayores frágiles ha sido denominada en algunos estudios «discapacidad inestable» (*inestable disability*) para referirse a los marcados cambios funcionales que observan los profesionales⁵. Los principales modelos utilizados para explicar la fragilidad son dos: el modelo de fenotipo y el modelo de déficit acumulativo. El primero utiliza las siguientes variables para definir al anciano frágil: pérdida de peso no intencionada, sensación de cansancio, baja energía, caminar lento y fuerza de agarre débil. Para considerar a una persona frágil según este modelo se exigen tres variables alteradas (sarcopenia), y una o dos para ser prefrágil. Se considera un modelo positivo para detectar fragilidad, pero no está clara la traslación a la práctica clínica. Además, no contempla un factor importante como es el deterioro cognitivo, ni la afectación psíquica o social. Por otra parte, el modelo de déficit acumulativo es interesante porque permite considerar la fragilidad como graduable más que como presencia o ausencia. Según este modelo, cuantos más déficits acumula una persona en cualquiera de las dimensiones del bienestar humano, mayor es el riesgo de resultados adversos en la salud^{3,6}. Debido a la complejidad del concepto, se ha consensuado la definición de fragilidad como una situación de desregulación en múltiples sistemas biológicos, con acumulación de déficits, disminución de la reserva biológica y propensión a diversos eventos adversos³.

Otros autores alertan, con acierto, sobre el riesgo que supone la etiqueta de «anciano frágil» por el mero hecho del propio envejecimiento, identificando edad con fragilidad, con el riesgo asociado de estigmatización y potenciación del «ageísmo», discriminando a estos mayores «frágiles» por su condición, sin profundizar en las causas de la fragilidad y sin identificar las causas subyacentes potencialmente corregibles⁷, pues, como sugieren diversos autores, el envejecimiento saludable se asocia con una disminución y un retardo de la discapacidad⁸.

Parece que la fragilidad es una de las causas más importantes relacionadas con la muerte en personas mayores, en comparación con otros problemas orgánicos, el cáncer o la demencia.

La prevalencia de fragilidad oscila en un amplio margen: entre un 4% y un 59%. Esta diferencia puede ser explicada por las diferentes definiciones de fragilidad y los distintos criterios de inclusión y de exclusión utilizados en los estudios. Con el modelo fenotipo, la prevalencia de fragilidad es del 9,9% y la de prefragilidad es del 44,2%. La fragilidad parece ser más frecuente en las mujeres y aumenta con la edad³.

Las destrezas de las que depende un buen grado de autonomía son fundamentalmente las capacidades psíquica, motriz, sensorial y para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Entre el 11% y el 14% de la población geriátrica padece algún grado de incapacidad funcional para las ABVD, y son los procesos de mayor potencial discapacitante los incluidos en el grupo de enfermedades crónico-degenerativas altamente prevalentes en la población anciana y que ocupan los primeros lugares tanto en la clasificación por grupos diagnósticos como por enfermedades. Otro concepto, relativamente reciente, que supone un factor importante para la aparición de fragilidad, es la multimorbilidad, entendida como la acumulación en un mismo individuo de varias enfermedades graves⁹.

Las enfermedades mentales son altamente prevalentes en las personas mayores de 65 años, siendo las demencias y el resto de los trastornos mentales la principal causa de discapacidad en esta población. De la misma manera, ha suscitado gran interés la posible relación entre los trastornos psiquiátricos y la mortalidad en las personas mayores, aunque es un tema todavía en discusión porque es posible que existan factores de confusión intercurrentes (gravedad física, dependencia funcional. . .) que hacen imprescindible una valoración geriátrica integral para obtener conclusiones válidas¹⁰. Esta vulnerabilidad para las complicaciones supone que los aspectos psicológicos son una de las causas principales de fragilidad en los mayores, tanto por el envejecimiento cerebral en sí mismo como por las consecuencias asociadas a la enfermedad mental^{3,11}. Se observa que, además de la importante prevalencia de las enfermedades crónico-degenerativas en los ancianos, el alto riesgo para la presentación de síntomas psiquiátricos y trastornos mentales supone en sí mismo una fuente de fragilidad psicológica. Por eso, en nuestro grupo, al igual que Gobbens et al.⁴, y en respuesta al interrogante planteado por algunos autores¹², vemos necesaria una definición integral de «fragilidad» que englobe tanto problemas físicos como psicológicos y sociales. Sin embargo, la descripción de ancianos con alto riesgo de desestabilización o ancianos frágiles en la comunidad exige no solo la detección de los factores asociados, sino sobre todo la de los factores de riesgo, los factores predictivos, la magnitud de su efecto y su impacto individual y colectivo en la aparición de acontecimientos adversos, discapacidad y mortalidad en los mayores.

Objetivos

Los objetivos del estudio PSICOTARD III, tras dos estudios transversales previos, son:

- 1) Principales:
 - Detectar factores de cualquier dimensión (orgánica, psiquiátrica o social) relacionados con la disminución de la resistencia del anciano, el desequilibrio en su estabilidad sociosanitaria y su dependencia, institucionalización o muerte.
 - Determinación de incidencias de los eventos que definen la fragilidad en las personas mayores de 75 años residentes en la comunidad.
 - Construcción de un modelo predictivo de desestabilización del anciano capaz de cuantificar riesgos individuales en función de la agregación personal de los distintos factores determinantes.
 - Definición del perfil de «anciano de riesgo» («persona mayor de riesgo») o con fragilidad física y psicosocial.
- 2) Secundario: diseñar programas complementarios de actividades preventivas para los mayores con fragilidad que residen en la comunidad.

Métodos

El proyecto PSICOTARD III es un estudio prospectivo observacional multicéntrico con participación de todos los centros de salud de la provincia de Huesca, que cuenta con 224.909 habitantes, una población dispersa (densidad de 14,39 hab/km²) y envejecida (22% de la población mayor de 65 años). Precisamente, estas características demográficas han supuesto un estímulo para el diseño y la implementación del estudio.

Se estudiará una cohorte cerrada de ancianos de la población general. Los criterios de inclusión son tener una edad de 75 años o más, ser independiente para las ABVD (test de Barthel con puntuación >60) y no estar institucionalizado en residencia de ancianos, centro de larga estancia u otra institución sociosanitaria en régimen de ingreso permanente.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/7511068>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/7511068>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)